POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Listopad.	ROCZNIK CZTERNASTY.	1912.

I. PRACE ORYGINALNE.

O torbielach gruczołu Krausego.

Podał

Dr med. KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

P. S. 7-letni. Prawe oko i powieki jego zupełnie prawidłowe. Szczelina powiek lewego oka znacznie węższa, powieka górna nieco opadnięta. Spojówka powieki dolnej i gałki zupełnie prawidłowa. Po odwinięciu powieki górnej, spojówka powieki prawidłowa. Fałd górny znacznie zgrubiały w części skroniowej, w połowie długości zgrubiałość się zmniejsza, trzecia zaś część nosowa fałdu przedstawia się zupełnie prawidłowo. Największa grubość fałdu wynosiła przeszło 7 mm. Powierzchnia fałdu zupełnie gładka i równa, pod względem barwy cokolwiek bardziej różowa niż pozostała część spojówki prawidłowa fałdu. Wygląd zatem fałdu był zupełnie taki, jak przy przeroście tkanki adenoidalnej.

Uchwyciwszy fałd zgrubiały zębatymi szczypczykami, odciąłem go jednem cięciem nożyczek, nie zakładając szwów.

Objętość wyciętego fałdu znacznie mniejszą była; miał on 3 mm. tylko szerokości i tyleż grubości. Zalałem go do celloidyny. Na cięciach poprzecznych miał on kształt prawie półokrągły: u podstawy, która odpowiadała brzegowi oczodołowemu widoczne były w wielu miejscach odosobnione zraziki gruczołów Meiboma. Powierzchnię fałdu wyścielał przybłonek wielowarstwowy, grubszy znacznie na przedniej powierzchni fałdu, cieńszy na tylnej. Na przedniej powierzchni przybłonek występował w postaci wielowarstwowego walcowatego, znajdowały się też w nim dość liczne komórki puharowe. Ku tyłowi grubość warstwy przybłonkowej stopniowo się zmniejszała, komórki stawały się coraz bardziej płaskiemi. Na tylnej powierzchni przybłonek składał się niekiedy tylko z trzech warstw komórek, z których powierzchowne kształt miały płaski, głębokie niekiedy walcowaty, częściej sześcienny. Pod przybłonkiem znajdowała się warstwa tkanki adenoidalnej, w której w niektórych miejscach komórki obficiej były ułożone, dalej ku wewnątrz gruba — grubości 1 mm — warstwa włóknistej tkanki łącznej. Jeszcze dalej ku wewnątrz znajdowała się cienka bardzo warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, dość obficie unaczyniona. Wreszcie w środku półkola znajdował się otwór, który — (mowa tu o cięciach poprzecznych) — najzupełniej przypominał łączące się z głównym przewodem pomniejsze przewody gruczołowe, te zaś niekiedy jeszcze dzieliły się dwudzielnie. Te jakby przewody zawsze miały w środku szersze lub węższe światła. Przybłonek, który je wyścielał miał budowę przeważnie jednostajną i składały się nań dwie warstwy komórek, z których komórki warstwy wewnętrznej kształt miały sześcienny, często nawet słoikowy, a w takim razie wierzchołki słoików skierowane były ku światłu, podstawy ku zewnątrz i w tych częściach zewnętrznych ułożone były jądra. Komórki warstwy obwodowej znacznie były mniejsze i płaskie. Jednak budowa przybłonka nie wszędzie była jednostajną. Najpierw w niektórych miejscach komórki obu warstw kształt miały sześcienny, dalej w częściach bardziej oddalonych spostrzegać się dawała już tylko

jedna warstwa komórek przybłonka, bądź sześciennych, bądź nawet zupełnie płaskich.

Oczywiście utwór opisany stanowił początkowo torbiel, którego zawartość wylała się podczas operacyi, wskutek przedziurawienia ściany przy ujęciu utworu zębatymi szczypczykami. Tem się też tłómaczy znaczne zmniejszenie objętości fałdu po wycięciu tegoż. Że zaś obecność torbiela nie mogła być rozpoznana klinicznie, tłómaczy ta okoliczność, że otaczała go względnie gruba warstwa tkanki łącznej. Dalej obecność w niektórych tylko miejscach odosobnionych zrazików gruczołów Meiboma wyraźnie dowodzi, że wycięty został tylko właściwy załamek. Że zaś zgrubieniu uległa skroniowa połowa załamka, a jak udowodnił Wolfring w okolicy skroniowej gruczoły Krausego są położone właśnie w samym załamku, nie może chyba ulegać wątpliwości, że w przypadku naszym torbiel powstał z gruczołu Krausego. To też bezpośrednio obok torbiela na wielu skrawkach widoczne były zupełnie dobrze zachowane drobne zraziki, które kształt miały podługowaty, komórki zaś pęcherzyków o tyle były typowe, iż obie te okoliczności nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości, że były to ocalałe zraziki gruczołów Krausego. W okolicy ściany górnej torbiela bezpośrednio z nim był połączony walcowaty otwór — przewód jednego zrazika. Wyścielały przewód komórki sześcienne, w niektórych miejscach ułożone w jednę warstwę, w innych we dwie. Często bardzo w komórkach tych napotykałem zmiany. Były one znacznie większe, budowę miały bardziej jednolitą, od fuchsyny i orange zabarwiały się znacznie mocniej, czyli ulegały zwyrodnieniu szklistemu. Zwykle wązkie światło przewodu w niektórych miejscach zupełnie stawało się niewidzialnem. Ze względu, iż przewody gruczołów Krausego w obrębie załamka położonych przebieg bardzo mają zawiły i na jednem cięciu trudno widzieć je na znacznej przestrzeni, często bardzo na jednem cięciu znajdujemy dwa przekroje jednego i tego samego przewodu. Na seryi jednak wyrobów łatwo się było przekonać, iż cienkt przewód przechodził w grubszy znacznie przewód prawdopodobnie ca-

łego gruczołka, w którym znowuż widocznem było bardzo znaczne zwężenie przewodu z powodu, iż walcowate komórki wyrastały jako bardzo długie, tworząc nadto kilka warstw. Zmiany te napotykałem w przewodzie do samego ujścia tegoż do worka spojówkowego na tylnej powierzchni fałdu, zwyrodnienie szkliste przybłonka nie miało su wszakże miejsca.

Torbiel w danym przypadku powstał wskutek zwężenia światła przewodu wskutek zmian w przybłonku. Te zaś mogły być spowodowane przez śluzotok noworodków, które dziecię przebyło.

O torbielach w spojówce oka powstałych od niedawna pisano. Wecker jeszcze utrzymywał (Traité complet d'ophtalmologie T. I, p. 424), że powstają one li tylko w obrębie spojówki gałkowej. Mniej jeszcze znajdujemy wzmianek w innych podręcznikach, jakkolwiek pojedyncze spostrzeżenia torbieli w innych częściach spojówki znajdujemy już dawniej. Laqueur (Klin. Monatsbl. 1877 str. 226), Makrocki (Ibid. 1883, str. 466), Moyne (Bull. d'ocul. VI, str. 178) opisali trzy przypadki torbieli w obrębie dolnego załamka. Moauro (Rac. dei labori della clin. ocul. di Napali 1877/78) opisał torbiel w okolicy fałdu górnego. Badanie anatomiczne w przypadku tym dokonane upoważniło de Vincentiis (Congr. delle assoc. othalm. ital. 1828) do wypowiedzenia zdania, iż torbiel ten powstał z gruczołu Krausego. Pochodzenie takie przyznali w swoich przypadkach również Rampoldi i Ferraveli (An. di ottalm. XVII, 2, 1888), Antonelli (Ibid. XIX str. 467), Stöwer (Klin. Monatsbl. 1892 str. 192), Rombolatti (Arch. f. Augenh. XXXI str. 9), Ischreyt (Ibid. XXXV, 4), Wintersteiner (Arch. f. Ophtholm. XLVI, 2), Schmidt Rimpler (Zeitschr. f. Ther. u. Hygiene des Auges 5 Jahrg. Nr. 1), Rosenberg (Wiestnik oftalm. 1901), Cirincione (Beiträge Deutschmanna H. 55), Saemisch (Handbuch d. gesammt. Augenheilk. V Bd. I Abth. str. 649), Contino (La clinica ocul. 2509, 1906), Bela (Jahresb. Michela za 1906 str. 502),

mój przypadek (Postęp okulistyczny 1908), Scalinci (Piogn. ottalm. VI, I) i Rabinowicz (Posiedz. odeskiego tow. okulist. 3 marca 1909 r.).

Wyprowadzając torbiele od gruczołów Krausego, autorowie za przykładem Moauro twierdzenia swe opierali na razie przeważnie na budowie przybłonka ściany torbiela, przypominającej przybłonek tych gruczołów, mianowicie komórki warstwy głębokiej kształt musiały mieć walcowaty z jądrem u podstawy położonem, komórki zaś warstwy obwodowej — płaskie. Dane te zdawały się wystarczać autorom nawet w tych przypadkach, gdy poprzestawali oni na zbadaniu li tylko cząstki przedniej ściany torbiela. Jednakże już Zinsberg (Arch. f. Ophthalm. XL, 4) słuszną robi uwagę, że typowy zdaniem włoskich autorów dla gruczołów Krausego przybłonek dwuwarstwowy napotykać się daje nietylko w chorobowych zagłębieniach przybłonka, lecz nawet na dnie zupełnie prawidłowych rowków Stiedy. Dalej trudno przypuścić, by przybłonek najbardziej nawet typowy, mógł się zawsze jako takowy przechować w torbielu, gdy uledz on musi zmianom wskutek ucisku przez ciecz i znacznego bardzo rozszerzenia powierzchni. Okoliczność tę udowodnił już Virchow (Krankh. Geschwülste 1863, str. 263), który wykazał, że w torbielach przybłonek o tyle znacznym ulega zmianom, że w późniejszych okresach bynajmniej już nie jest podobny do przybłonka części, z których powstał. Tak więc nie może być mowy o tem, by postać komórek ścianę torbiela wyścielających udowodniało samo przez się źródło, z którego torbiel miał powstać. Jak dalece ulega zmianom przybłonek w torbielach, przekonałem się w jednym przypadku utworu torbielowego w spojówce gałkowej (Przegląd lekarski 1896). Powstał on niezawodnie wskutek przesączania się przez spojówkę treści samej gałki. Wyścielający go przybłonek, który stanowczo powstał z przybłonka rogówki, która stanowiła podstawę torbiela, przechowując w przybłonku najczęściej cechy jego pierwotne, w wypukłej zaś części torbiel wyścielał przybłonek, zupełnie podobny do »typowego« przybłonka gruczołów Krau-

sego. Przeciwnie w przypadkach, co do których nie małe zachodzą wątpliwości, iż pochodziły z gruczołów Krausego, a to z powodów o których niżej, przybłonek miał wygląd t. zw. »typowego« dla gruczołów Krausego tylko bezpośrednio w pobliżu gruczołów, dalej zaś od tego miejsca przybierał postać jednowarstwową, nawet płaską. Miało to miejsce w przypadkach Schmidt-Rimplera, Wintersteinera, Cirincione, Contino i w obu moich przypadkach. Cirincione nadto słuszną robi uwagę, że dwu lub wielowarstwowość przybłonka torbiela często jest tylko złudzeniem optycznem na cięciach skośnych.

Pochodzenie torbieli od gruczołów Krausego nie może ulegać wątpliwości w przypadkach, w których spostrzegamy bezpośrednie połączenie torbieli z gruczołami lub przewodami tychże. Miało to miejsce w przypadkach Ischreyta, Rosenberga i moich. W torbielach większych rozmiarów stosunek wzajemny części znacznym ulega zmianom i wyśledzać połączenie torbiela z gruczołem względnie przewodem tegoż nawet na seryach bywa bardzo trudno. Cirincione utrzymuje, że torbiele powstają wyłącznie z przewodów gruczołów Krausego. Twierdzenia tego wszakże dostatecznie nie udowodnił, nie mówiąc już o tem, że nie przytoczył dokładnych opisów poszczególnych przypadków. Od przewodu wyprowadzał torbieł w swoim przypadku również Conino. Nieznaczne rozszerzenia przewodów dawniej już opisali Terson (Arch. d'opht. XII str. 741), Gallenga i Antonelli. Ja również spostrzegałem bardzo liczne utwory torbielowate z gruczołów Krausego powstałe w przypadku gruczolaka tych gruczołów (Przegląd lekarski 1895 Nr. 15). O rozszerzeniu przewodów wzmiankuje w swoim przypadku również Rosenberg.

W braku bezpośredniego połączenia torbiela z gruczołami Krausego, o pochodzeniu jego od tego gruczołu świadczyć również może obecność bądź uległych zmianom, bądź zupełnie prawidłowych zrazików gruczołów bezpośrednio w pobliżu ściany torbiela. Co do przypadków Moauro i Antonellego, Zinsberg zauważył, że »drobne torbiele« przez

autorów tych obok głównych spostrzegane zbyt znacznie były od tych ostatnich oddalone, by można było przyznać w nich pęcherzyki gruczołowe.

Bezpośrednio obok torbiela zraziki gruczołów spostrzegali Stöwer, Ischreyt, Wintersteiner, Rosenberg, Cirincione, Saemisch i ja w obu moich przypadkach. Contino utrzymuje, że przy powstawaniu torbiela z przewodu, przy stopniowem zwiększaniu się jego pęcherzyki mogą w końcu zupełnie zlać się w jedno ze ścianą torbiela i dlatego nie będą widoczne. Jest to zupełnie możliwe, lecz znowuż w tych przypadkach rozpoznanie pochodzenia torbiela z gruczołów Krausego traci jedną z najpoważniejszych podstaw.

Dalej uwzględnić należy jeszcze jednę okoliczność, mianowicie miejsce, gdzie powstają torbiele. Otóż jakkolwiek topografię gruczołów Krausego opracował oddawna dokładniej Wolfring (Gazeta lekarska 1877, Centralbl. f. die medic. Wissensch. 1872 Nr. 54; Klinische Monatsbl. Beilageheft 1874), chociaż niesłusznie przyznawał w nich gruczoły śluzowe, to jednak wyniki prac jego mało są dotąd uwzględniane, nawet w obszernych podręcznikach. Otóż Wolfring udowodnił najpierw, że gruczoły Krausego na ogół stanowią massę znacznie większą, niż uprzednio mniemano, dalej zaś, że w nosowej połowie znajdują się one w istocie brzegu oczodołowego chrząstki, w skroniowej zaś — w załamku. Przeto wyprowadzając torbiel od gruczołów Krausego z okolicznością tą przedewszystkiem rachować się należy. Jak dalece mało zwracano uwagę na prace Wolfringa najlepiej dowodzi opisany przez Wintersteinera w przytoczonym tu przypadku jego (str. 331, rys. 1) utwór jako »zbłąkany gruczoł«, a jednak według opisu Wolfringa, który sprowadzić najłatwiej, przyznać w nim należy utwór najzupełniej prawidłowy. Wyż przytoczonemu wymaganiu bezwarunkowo zadość nie czynią przypadki Rabinowicza i Rombolattiego. Co do ostatniego jestem zdania, że torbiel nietylko nie pochodził wcale od gruczołów Krausego, lecz raczej powstał wskutek przesączania

cieczy z zanikłej gałki pod spojówkę, jak to miało miejsce w przytoczonym już uprzednio moim przypadku torbiela pod spojówką gałki powstałego.

W jaki też sposób powstawać mogą torbiele gruczołów Krausego? Oczywiście powstają one wskutek zadzierżenia. Niezbędnem jest zatrzymanie wydzieliny gruczołów, to zaś nastąpić może wskutek zwężenia lub zatkania przewodów. Przewody gruczołów Krausego światło mają wązkie, przebieg bardzo zawiły, to też pod wpływem spraw zapalnych przybłonek sam, ulegając zwyrodnieniu (śluzowatemu, szklistemu) łatwo spowodować może nietylko zwężenie, lecz zupełne zatkanie przewodu. W pierwszym przypadku moim, w którym wyjątkowo wyraźnie występował stosunek przewodu do torbiela, zwyrodniałe szklisto komórki przewodu powodowały miejscowy lub na znacznej nawet przestrzeni zupełny zanik światła. Przypadek zaś ten zasługuje na uwagę z tego jeszcze względu, iż otwór przewodu był zatkany przez rzęsę. Przyczynę więc tu mieliśmy tylko wypadkową, mechaniczną. Lecz zmiany w przybłonku powstać mogą inną drogą, mianowicie wskutek przejścia nań sprawy zapalnej ze spojówki. Przeglądając podane przypadki, tylko w przypadku Scalinci'ego spojówka była prawidłową i uprzednio sprawom zapalnym nie ulegała, w innych zaś przypadkach zmiany te notowano. Jaglicę spostrzegali Moauro i Wintersteiner, w przypadkach Bela i moim tu opisanym miał miejsce śluzotok noworodków, w innych nieżyt spojówki. Oczywiście zmiany zapalne w spojówce przejść mogą na przybłonek przewodu, który to ostatni ulegając zwyrodnieniu przeważnie szklistemu, spowodować może zwężenie lub nawet zupełne zatkanie przewodu. Wintersteiner spostrzegał w przewodzie złogi, które nawet otaczały komórki olbrzymie, Cirincione jakby zakrzepy przez nagromadzone zwyrodniałe komórki przybłonkowe utworzone.

Dalej zanik światła powstać jeszcze może w inny sposób. Przewody gruczołów Krausego kierunek mają bardzo zawiły, a przechodzą przez spojówkę obfitującą w naczynia

i tkankę adenoidalną, która jak wiemy bardzo znacznie oddziałuje na sprawy zapalne — jaglicę, śluzotok, nawet zwykły nieżyt. Otóż przewody otacza w tych razach otacza tkanka drobnokomórkowa, tworząc dokoła nich jakby pochewki, gdy zaś tkanka ta następnie przeistacza się w zwykłą włóknistą, przewody łatwo ulegać mogą skręceniu, wyżej zaś tego skręcenia oczywiście nastąpić musi rozszerzenie wskutek zatrzymania zawartości — wydzieliny gruczołów. Sprawy te najłatwiej występować mogą w okresie bliznowym jaglicy.

Torbiele gruczołów Krausego mogą być nawet wrodzone (Rampoldi i Feravelli, Stöwer umiernie w obu oczach położone). Cirincione tłómaczy powstawanie ich niedostatecznem skanalizowaniem lub nawet zupełnym brakiem tej sprawy w stałych przybłonkowych powrózkach, wyrostkach przybłonkach spojówki, z których później powstają przewody gruczołów. Zdanie to niezupełnie licuje z wypowiedzianem przez tego autora twierdzeniem, że torbiele gruczołów Krausego powstają li tylko z przewodów.

Stan oczu u dzieci początkowych szkół w Kaliszu.

Podał

Dr BRONISŁAW KOSZUTSKI.

Przeprowadzając w roku szkolnym 1911/12 badania dzieci szkół początkowych w Kaliszu co do rozpowszechnienia wśród nich gruźlicy zapomocą metody skórnej Pirqueta, równocześnie badałem i stan ich oczu.

Badania moje dotyczyły tylko zewnętrznych części oczu. Ze względów technicznych nie mogłem badać ani dna oczu, ani refrakcyi.

Tylko w poszczególnych przypadkach, o ile które z dzieci skarżyło się na zły wzrok, badałem dokładniej refrakcyę. Zwykle w tych razach miały miejsce znaczniejsze wady re-

frakcyi, głównie dalekowzroczność z niezbornością, rzadziej wysoka krótkowzroczność.

Ogółem poddano badaniu 1201 dzieci w wieku od 4-ch do 15-stu lat.

Wśród nich stwierdzono następujące stany chorobowe:

Nazwa choroby	Chłopców	Dziewcząt	Razem
Blepharitis simplex	21	24	45
„ *ulcerosa*	3	6	9
Hordeolum	1	3	4
Chalazion	1	—	1
Phthiriasis palp. m.	—	1	1
Conjunct. follicular.	156	230	386
„ *catar. chronica.* . .	31	20	51
« *subacuta*	—	1	1
Trachoma	54	61	115
Conj. phlyctaenul.	3	3	6
Kerato-conj. phlyct.	2	—	2
Maculae et nubec. corneae . .	3	1	4
Maculae corn. cum synech. anter. .	2	—	2
Leucoma corn. adhaer . . .	1	1	2
Cicatrix corn. post trauma . .	—	1	1
„ *conj. post combust* . .	1	—	1
„ *sclerae post vulnus.* . .	1	—	1
Strabismus converg.	2	3	5
Stenosis canal. naso-lacr. . .	—	1	1
Razem . .	282	356	638

Tak więc na 1201 zbadanych dzieci 638 czyli 53% miało jakieś zmiany zewnętrznych części oczu. Jeżeli zaś nie uwzględnić *conj. follicularis* jako formy chorobowej, to pozostanie dzieci chorych na oczy lub takich, które przeszły choroby oczne 252 na 1201 czyli 21%. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie jaglicy wśród zbadanych szkół, widzimy, iż dotkniętych nią było 115 dzieci, co stanowi 9·6%.

Zestawiając niektóre formy chorób oczu z wynikami dodatniego lub ujemnego reagowania na próbę tuberkulinową Pirqueta otrzymaliśmy następujące dane:

Nazwa choroby	Na ogólną ilość	Dodatnio reagowało na Tbc.
Blepharitis simplex	45	36
„ *ulcerosa*	9	7
Chalazion	1	1
Conj. phlyctaenul.	6	6
Kerato-conj. phlyct.	2	2

Kwestya ilości światła i rozmieszczenia okien w stosunku do ławek szkolnych w znacznej większości badanych klas pozostawia dużo do życzenia. Na 26 zbadanych klas tylko w 14-stu okna znajdują się z lewej strony uczni. Lecz i tutaj w większości klas oświetlenie jest niedostateczne, szczególniej na ławkach więcej oddalonych od okien. W reszcie klas okna są rozmieszczone w następujący sposób:

z prawej strony . . . . w 2 klasach
z tyłu . . . . » 2 »
z przodu . . . . » 2 »
z prawej i lewej strony . . . . . » 2 »
z prawej strony i z przodu . . . » 1 »

z lewej strony i z tyłu . . . . . . » 1 »
z tyłu i z przodu . . . . » 2 »

Często też odległość ławek od tablicy jest nadmierną. Tak np. w jednej klasie niektóre ławki oddalone są od tablicy o całe 14 metrów.

Oczywiście takie nieodpowiednie warunki pracy szkolnej muszą źle wpływać na organ wzroku.

12 przypadków „Scotoma helieclipticum".

Podał

Dr BRONISŁAW KOSZUTSKI.

Zaburzenia wzrokowe, spowodowane bezpośredniem działaniem promieni słonecznych na oko ludzkie, należą do przypadków dość rzadkich. Bo też rzadko kto ośmiela się popełnić tak nierozsądny czyn, aby patrzeć nieuzbrojonem odpowiednio okiem na słońce, będące w pełnym blasku. Obawa ta jest tak powszechną, że bodaj należy ją uważać za pewnego rodzaju instynkt samozachowawczy.

Znacznie częściej przypadki takie zdarzają się w dniach zaćmienia słońca, i wtedy zwykle do lekarzy-specyalistów zgłaszają się całe serye chorych, skarżących się na lżejsze lub cięższe dolegliwości ze strony oczu, spowodowane nieostrożną obserwacyą tego ciekawego zjawiska natury.

Tak było i po ostatniem zaćmieniu słońca, jakie miało miejsce 17-go kwietnia 1912 roku, jak o tem świadczą podane dotychczas opisy (Feilchenfeld, Isakowitz w Deutsche med. Wochenschrift, Łazarew w Wiestniku oftałmologii i inni. I ja również miałem sposobność badania 12-stu takich przypadków.

Ponieważ szczegółowe obrobienie tego tematu znalazło już miejsce na łamach Postępu okulistycznego, w pracy prof.

Majewskiego, jeszcze w r. 1909, ograniczę się więc obecnie tylko do krótkiego opisu spostrzeganych przeze mnie przypadków.

Przypadek 1-szy: B. K., kobieta, l. 26, zgłosiła się do mnie 20. IV 1912 r. podając, że patrzyła na słońce w czasie zaćmienia gołemi oczami. Potem widziała wszystko w kolorze czerwonym, następnie w zielonym, a obecnie pozostała przed oczami jakby mgła.

St. pr. OU. W plamkach żółtych na tle ciemno-czerwonego zabarwienia widoczne niewielkie żółtawe punkty. Druk drobny czyta z trudnością.

Po dwóch tygodniach poprawa i powrót do stanu prawidłowego.

Przypadek 2-gi: M. B., kobieta, l. 20. Patrzyła na słońce w czasie zaćmienia bez szkła zadymionego Od tego czasu przed okiem prawem jakby była mała moneta.

St. pr. 20. IV. OD. W plamce żółtej widoczny ostro ograniczony krążek różowo-żółtego koloru, wielkości $^1/_4$—$^1/_5$ tarczy n. wzrokowego. Krążek ten otoczony ciemnem ciemno-czerwonem pasemkiem. Ma się wrażenie, że w siatkówce został wycięty otwór trepanem. Tylko w dole krążka widoczny ciemniejszy półkolisty brak. Zapewne miejsce to odpowiada zaćmionej jeszcze części słońca w czasie patrzenia na nie chorej.

V. $< ^5/_{50}$. Chora nie czyta z blizka nawet najgrubszych liter tablicy Snellena. W polu widzenia centralny mroczek Refrakcya oka miarowa.

Oko lewe prawidłowe, bez zmian. V $= ^5/_5$. Zastosowano: zawiązanie oczu przez dwa dni, potem ciemne okulary, nadto do oka roztwór dioniny 3%.

25. IV. Krążek żółtawy w plamce żółtej oka pr. nieco mniejszy, granice jego mniej ostre.

9. V. Plamka żółta przedstawia się jako dość duża ciemno-wiśniowa plama, o jakie 4 razy większa, niż w oku le-

wem. W środku niej widoczny żółtawy krążek obecnie zmniejszony do $^1/_4$ swej wielkości w porównaniu z dn. 20. IV. Granice jego nie są ostre, samo ognisko żółtawe wykazuje wyraźne ruchy paralaktyczne.

27. V. Stan dna oka jak poprzednio. V. OD $= ^5/_{10} \pm$ nie popr. Czyta z trudnością nieco grubsze litery.

Przypadek 3-ci: W. K., mężczyzna, l. 24. Skarży się na to, iż od czasu patrzenia na słońce podczas zaćmienia widzi przed oczami jakby koła.

St. pr. 21. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemno-czerwonego zabarwienia niewielkie żółtawe punkty. Czyta drobniejszy druk, lecz z wysiłkiem.

Przypadek 4-ty: W. Ł., lekarz, patrzył na słońce w czasie zaćmienia okiem lewem bez ochrony, od tego czasu gorzej widzi. Prawe oko ma wzrok oddawna znacznie gorszy.

St. pr. 21. IV. OS. W plamce żółtej na tle ciemno-czerwonego zabarwienia niewielka żółtawa plamka, nieco ekscentrycznie leżąca, wykazująca paralaktyczne ruchy przy poruszaniu lupą. V. OS. $^5/_{10}$. Szkła nie poprawiają. (Refrakcya Astygm. Hp. 1 D). Przy czytaniu z blizka po stronie lewej od litery, na którą patrzy, brak, t. j. litery po stronie lewej jakby znikały. Nieco ekscentrycznie leżący małych rozmiarów mroczek.

OD. Refrakcya. Skiaskopia: oś 20° temporal Hp. 0·5 D, oś 70° nasal Hp. 1·25 D; V $= ^5/_{20}$, szkła nie poprawiają. Plamka żółta bez zmian. Zastosowano: ciemne okulary, Sol. dionini 3%. Stopniowa poprawa. Chorego widziałem ostatnio 17. X. — powrót do normy.

Przypadek 5-ty: H. G., kobieta, l. 32. Skarży się, iż gorzej widzi od czasu zaćmienia słońca.

St. pr. 22. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemno-czerwonego zabarwienia drobne żółtawe plamki. Czytanie drobniejszego druku możliwe, lecz nieco utrudnione.

V $= ^5/_{15}$; z kor. $^5/_{10}$ (dość znaczna niezborność mieszana).

Przypadek 6-ty: M. K., kobieta, l. 30. Od czasu zaćmienia słońca gorzej widzi.

St. pr. OU. Dno oczne bez zmian. Wygląd plamek żółtych nie odbiega od normy. Czyta Sn. 0·5 z pewną trudnością. V. z kor. = $^{5}/_{10}$ (również niezborność mieszana).

Przypadek 7-my: A. B., chłopiec, l. 13. Od czasu zaćmienia słońca trudność przy czytaniu.

St. pr. 22. IV. OU. W plamkach żółtych drobne żółtawe punkciki. Czytanie drobniejszego druku możliwe, lecz utrudnione.

Po pewnym czasie powrót do normy.

Przypadek 8-my: J. K., mężczyzna, l. 40. Od czasu zaćmienia słońca »ćmi się w oczach«.

St. pr. 29. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemnoczerw. plamek żółtawe plamki. Czyta Sn. 0·5 z wielką trudnością. V. OU. = $^{5}/_{10}$.

Przypadek 9-ty: Z. K., mężczyzna, l. 32. Od czasu zaćmienia słońca, gorzej widzi, nie poznaje znajomych na ulicy.

St. pr. 30. IV. OU. Plamki żółte może nieco ciemniej zabarwione i nieco większe. Czytanie drobnego druku możliwe, lecz z uczuciem jakiejś przeszkody przed oczami. V. OU. $^{5}/_{5}$ nc; $\pm$ nie popr.

Przypadek 10-ty: F. G., mężczyzna. Od 3-ch tygodni gorzej widzi okiem prawem. W czasie zaćmienia patrzył na słońce gołem okiem.

St. pr. 5. V. OD. W plamce żółtej dość rozległa ciemnoczerwona plama, znacznie większa, niż w oku lewem. V. OD. = $^{5}/_{10}$. Refrakcya E. OS. = $^{5}/_{5}$.

Przypadek 11-ty: Ch. P., mężczyzna, l. 52. Chory podaje, iż po patrzeniu na słońce w czasie zaćmienia gołem okiem zauważył, że nie może czytać, światło raziło. Obecnie jest lepiej, lecz jeszcze przy pisaniu uczucie blasku.

St. pr. 6. V. OD. W okolicy plamki żółtej dość duża, ciemno-czerwona plama, o granicach nie ostrych. Wielkość plamki żółtej w oku prawem jest trzy razy większa, niż w lewem.

Chory czyta okiem prawem drobniejszy druk, lecz z pewną trudnością, skarży się przytem na uczucie blasku.

V: OD. $^5/_{10}$. Refrakcya E.

OS. *Cataracta nucleo-corticalis. incip.* V pl. 3 m.

Przypadek 12-ty: A. R., mężczyzna. l. 18. Od czasu zaćmienia słońca gorzej widzi.

St. pr. 9. V. OU. W plamkach żółtych ciemno-czerw. plamy, może nieco większe, niż w stanie prawidłowym.

Drobny druk czyta. V OU. = $^5/_5$.

Jąk z powyższego opisu widzimy, większość przypadków moich należy do kategoryi lżejszych, z wyjątkiem przypadku 2-go.

Podzielić je jednak można na trzy grupy:

Pierwszą stanowią te przypadki, w których przedmiotowo plamki żółte nie przedstawiały widocznych zmian, lub w których zmiany te ograniczały się do intenzywniejszego nieco ciemno-czerwonego zabarwienia, a czasem i do obecności niewielkich żółtawych ognisk. a podmiotowo upośledzenie wzroku wyrażało się mniejszem lub większem zamgleniem z możnością czytania drobnych liter (przyp. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12).

Drugą grupę stanowią te przypadki, w których objektywnie zmiany wyrażały się bądź to widocznem powiększeniem rozmiarów plamki żółtej jako ciemno-czerwonej plamy, bądź też występowiania w środku jej plamki koloru żółtawego, zapewne zapalno-wysiękowego charakteru (paralaktyczne ruchy, a subjektywnie miało miejsce mniejsze lub większe obniżenie bystrości wzrokowej i niemożność czytania drobniejszego druku (przyp. 4, 10, 11). Przypadki 10 i 11 miałem sposobność badać po raz pierwszy dopiero w dn. 5. i 6. V.,

a więc blizko w trzy tygodnie po urazie świetlnym. Być więc może, iż pierwotne objektywne zmiany były wybitniejsze.

Wreszcie do trzeciej grupy należałby jeden tylko przypadek (2-gi), w którym objektywnie dno oka okazywało zmiany pod postacią dość znacznych rozmiarów krążka żółtawego koloru, znajdującego się w środku plamki żółtej, a subjektywnie miało miejsce znaczne obniżenie siły wzrokowej wskutek istnienia *scotoma centrale.*

Sądząc z kilku przypadków, które miałem możność sprawdzić po dłuższym przeciągu czasu, lżejsze przypadki dają rokowanie dobre t. j. powrót do stanu prawidłowego. W cięższych zaś przypadkach zapewne pozostanie pewne upośledzenie siły wzrokowej, chociaż i tutaj z czasem następuje dość znaczna poprawa.

II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. R. 1912. Z. 5 (maj), 6 (czerwiec), 7 (lipiec), 8 (sierpień), 9 (wrzesień), 10 (październik). (Ref. Dr Gruder).

Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Peszcie (Verein der Spitalsärzte in Budapest).

Prof. Goldzieher przedstawia dwa przypadki, wyleczone salwarsanem. 1) Robotnik 22 l. na prawem oku bez poczucia światła, na lewem słabe poczucie i wątpliwa projekcya światła. Prócz tego: Iridocyclitis, seclusio pupillae, Glaucoma secundarium oc. utr. Wywiady wykazały, iż chory cierpi na syfilis.

Na razie zrobiono na lepszem oku irydektomię z korzystnym wynikiem, poczem wstrzyknięto 0·45 gr. salwarsanu. Polepszenie było widoczne. Po 13 dniach druga injekcya salwarsanu (35 g). Polepszenie postępowało dalej tak, że nareszcie był następujący wynik: Lewe oko $V = {}^{5}/_{10}$, prawe poczucie światła w zewnętrznej połowie.

Drugi przypadek. 30-letni mężczyzna posiada na lewej górnej krawędzi oczodołowej guz syfilityczny (*gumma*) wielkości jabłka;

dolna część guza była pęknięta i wydostawała się z niego ropa. Ponadto na gruczole tarczykowym rozpoznano *Chondritis syphilitica.* Po jednem wstrzyknięciu 0·5 gr. salwarsanu guz na krawędzi oczodołowej znikł w krótkim czasie zupełnie. Dłużej trwało gojenie się na gruczole tarczykowym.

Nowy przypadek wyleczenia łuszczki jaglicowej przez wszczepienie jadu śluzoropotokowego. (Ein neuer Fall der Heilung des Pannus trachomatosus durch Einimpfung blennorrhoischen Giftes). Prof: Goldzieher w Peszcie.

Autor ucieka się do tego środka tylko w ostateczności i tylko przy *Pannus crassus.* U 9-letniej dziewczynki autor otrzymał obustronnie nadzwyczajne wyniki. Rogówki były czyste, tak samo i spojówki, tylko pozostała hypertrophia ciałka brodawkowego jako ślad po jaglicy.

Maks Emanuel Mandelstamm w Kijowie. Nekrolog napisany przez J. Hirschberga.

O działaniu salwarsanu na oko. (Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge). Dr Oskar Fehr w Berlinie.

Badania Fehra dadzą się streścić w następujące słowa: Przy prawie 2700 przypadkach leczonych salwarsanem ani razu nie spostrzeżono uszkodzenia nerwu ocznego (*neuritis optica*). Przypadki po kuracyi wykazywały wziernikiem ten sam obraz, jak przed wstrzyknięciem salwarsanu, przyczem niektóre przypadki już gdzieindziej były leczone zapomocą rtęci przedtem. Tak samo inne objawy chorobliwe ócz, spostrzegane po salwarsanie, dadzą się ująć w ramy recydywy klasycznej. Tylko w jednym przypadku porażenia nerwu okoruchowego przy *tabes* była podstawa do przypuszczenia związku przyczynowego z salwarsanem.

Nadzwyczajnego nagromadzenia recydyw na oku przy salwarsanie nie można było stwierdzić.

Zwraca tylko uwagę coraz rzadsze występywanie zapalenia tęczówek i nawrotów zapalenia nerwu ocznego i nerwów mięśni ocznych w ostatnim roku, co sprowadzić można do dzisiejszych energicznie wykonywanych zabiegów z salwarsanem.

Lecznicze wyniki ujemne z początku z salwarsanem mają przeważnie przyczynę w niedostatecznem dawkowaniu, ponieważ korzystne wyniki zwiększają się równolegle do wydoskonalenia metody Najlepsze wyniki otrzymujemy przy tych chorobach ocznych, przy których i rtęć dawała dodatnie rezultaty. Salwarsan działa zaś energiczniej i prędzej. Szczególnie w przypadkach, gdzie przy dłuższem trwaniu procesu syfilitycznego obawiać się należy

trwałych uszkodzeń organizmu, zabiegi z salwarsanem posiadają doniosłą wartość.

Przy chorobach, przy których z doświadczenia wiadomo, że i działanie rtęci jest wątpliwe, nie należy i w salwarsanie pokładać dużo nadziei. Mimo to znane są przypadki korzystnego działania salwarsanu, choć rtęć i jod odmówiły skuteczności.

Ostateczny sąd może naturalnie być wydany dopiero w dziesiątkach lat spostrzeżeń. Dotychczasowe doświadczenia nie dają powodu do pesymistycznego sądu, a z drugiej strony mamy obowiązek czynić dalsze doświadczenią z środkiem Ehrlicha, który co najmniej przedstawia wartościowy środek leczniczy przeciw syfilisowi.

Szemat do rozpoznawania porażeń mięśni ocznych. (Diagnostisches Schema für Lähmungen der Augenmuskeln). Dr I. Kasass w Petersburgu.

Autor podaje rysunek (szemat), wedle którego rzeczywiście rozpoznawanie porażeń zewnętrznych mięśni ocznych jest ułatwione.

Nowy sposób operowania przy Ptosis. (Ein neues Verfahren zur Ptosis-Operation). Prof, Komoto w Tokio.

Rozróżniamy trzy sposoby operowania: jeden polega na przełożeniu (*anteposítio*) lub skróceniu mięśnia lewator, drugi na połączeniu mięśnia prostego górnego z powieką, a trzeci jest krótszem połączeniem powieki wprost ze skórą czołową względnie mięśniem czołowym. Autor opisuje szczegółowo nowy, własny sposób operowania, który polega na przeniesieniu *(transplantatio)* wolnego od nabłonka pasa skóry (a więc pas z Cutis pod powiekową skórą), aby utworzyć połączenle brzegu powiekowego wprost z skórą czołową.

Obustronny brak tęczówki od urodzenia. (Aniridia bilateratis congenita). Dr J. Fejér w Peszcie.

Pomocnik szewcki, 21 lat liczący, wypełnia dobrze najdrobniejsze roboty szewckie. Bystrość wzroku nigdy się nie pogarszała. Tęczówki zupełnie brak, soczewka prawie czysta (tylko linijne, drobne zmętnienie). Wypustek ciała rzęskowego jakoteż Zonula Zinnii nie było można spostrzedz przez Zeissa mikroskop. Ciało szkliste, dno oka i naczynia normalne. Vpr. oka wynosiła $^{9}/_{15}$, lewego $^{5}/_{20}$—$^{5}/_{15}$. Z bliska czytał najdrobniejszy druk (Nr. I).

Haemangioma simplex iridis ad marginem pupillae. Dr A. Hönig w Peszcie.

Autor opisuje Haemangioma simplex na brzegu źrenicznym lewej tęczówki u 47-letniego, zresztą zdrowego człowieka. Bystrość

wzroku z tego tytułu nie ucierpiała; V = $^5/_{50}$ *maculae corneae centrales.* W pierwszej chwili nowotór wygląda niby znamię *(Naevus)*, dopiero zapomocą lupy widać czerwonawy nowotwór, na tęczówce leżący, a małą częścią wchodzący do źrenicy. Nowotwór składa się z kilku części.

Autor twierdzi, że nowotwór ten wypełniony jest krwią i że powstał przez niezwykłe rozszerzenie tętnicy włoskowatej w tęczówce.

Prof. Oskar Eversbusch ur. 26 maja 1853, umarł w Monachium 6 sierpnia 1912. Jego nekrolog.

Przypadek porażenia mięśnia bloczkowego podczas przebiegu tyfusu brzusznego. (Ueber einen Fall von Trochlearis Lähmung im Verlaufe von Typhus abdominalis). Dr Kumagai w Tokio.

W przebiegu lekkiego tyfusu, w trzecim tygodniu, powstało u 28-letniego robotnika porażenie mięśnia bloczkowego (*obliquus saperior*) oka prawego. Żadnych objawów upośledzenia konwergencyi i akomodacyi. Ponieważ nie było żadnych innych etyologicznych momentów, przypuszcza autor, że to porażenie powstało wskutek tyfusu. Knies radzi być w takich przypadkach bardzo ostrożnym z etyologią, gdyż po tyfusie powstałe porażenia mięśni ocznych po części spowodowane są przez *nephritis chronica*, która to choroba często jest następstwem tyfusu.

Co się tyczy patogenezy tego porażenia autor wymienia różne możliwości: pochodzenie centralne (rozmiękczenie ogniska); *Menin gitis* i *Nenritis peripherica,* wywołane przez toksynę tyfusu, jak przeważna część porażeń dyfteryjnych.

Opisany przypadek autor uważa za *Neuritis peripherica,* gdyż przebieg tyfusu był względnie łagodny, nie było żadnych objawów ze strony mózgu a ponadto przebieg samego porażenia był pomyślny. Terapia polegała na zażywaniu 1·5 gr. aspiriny codziennie i wstrzykiwaniu podskórnem pilocarpiny 0·1 co drugi dzień. Po półtora miesiąca zupełne wyleczenie.

Keratitis punctata tropica. Dr A. Westhoff w Bandoeng (Jawa).

Fuchs opisuje *Keratitis superficialis punctata* między innemi w ten sposób: ostre zapalenie spojówki, lupą widać szare, okrągłe plamki; plamki leżą w powierzchownych warstwach rogówki, wyglądającej matowo. Objawy zapalne znikają wkrótce, lecz plamki i nieregularna powierzchnia rogówki dopiero po miesiącach ustępują.

W przeciwieństwie do tego autor opisuje *Keratitis punctata tropica*, którą powoduje pył, wpadający do oka podczas uprawy mokrych pól ryżowych na Jawie, w ten sposób: Objawów zapalnych prawie nie ma, w górnej i środkowej części rogówki gołem okiem widać znaczną ilość okrągłych plamek; rogówka jakby nakłuta, matowa. Fluorescyna nie barwi tych plamek. Tęczówka normalna.

Choroba ta występuje epidemicznie podczas uprawy pól ryżowych, najczęściej na jednem oku, gdyż tylko na tem, które zostało urażone pyłem ryżowym. Autor nazywa tę chorobę rogówki *Keratitis punctata* w przeciwieństwie do Fuchsowskiej nie *superficialis* lecz *tropica*.

Atrophia contralateralis nervi optici, spowodowana przez sarcoma retrobulbare. Dr Fejér w Peszcie.

Robotnik 52 lat liczący przeg 8 laty operowany na prawem oku z powodu jaskry, nie widzi tem okiem. Lewe oko od 8 miesięcy widzi coraz gorzej.

Prawa gałka z powodu sarcoma retrobulbare zostaje wyłuszczona w narkozie. Po czterech miesiącach drugie oko (lewe) zaczyna lepiej widzieć tak, że bystrość wzroku podniosła się do $^5/_{30}$, w centrum rozróżniało barwy a pole widzenia na białą barwę znacznie zwiększone. Uderzającem było, że zwężenie w zewnętrznej części pola widzenia było większe, niżeli od wewnętrznej; prawdopodobnie krzyżujące się włókna a więc te, które leżą bliżej prawego oczodołu i które zaopatrują wewnętrzną część siatkówki, zostały zgniecione. Źrenica oddziaływała na światło i akomodacyę dobrze.

Przypadek ten w ten sposób da się wytłómaczyć: Melanosarcoma wychodzące z naczyniówki wypełniło oczodół zwłaszcza ku tyłowi tak, że po 4 miesiącach lewe oko, które dotąd dobrze widziało, coraz mniej widziało (ledwie poczucie światła). W kilka tygodni po wyłuszczeniu nowotworu na prawem oku, drugie oko polepszyło się i widziało nawet $^5/_{30}$. Prawdopodobnie więc nowotwór spowodował *Oedema collaterale*, wskutek czego włókna nerwu wzrokowego podlegały ciśnieniu i nastąpił częściowy zanik włókien. Po usunięciu nowotworu ustąpiło *oedema* i tem samem nastąpiło częściowe w tym razie znaczne polepszenie widzenia.

Ophthalmology. R. 1912. Vol. 8. nr 4. (Referent K. W. Majewski).

Miażdżyca naczyń siatkówkowych. (Arteriosklerosis of the Retinal Vessels, Angiosclerosis). Oatman — Nowy York.

W pierwszych okresach rozwijającej się miażdżycy naczyń siatkówki występuje rozszerzenie i pokręcenie tętnic, na których staje się widoczne tętno. Pochodzi to ze stopniowej utraty sprężystości i kurczliwości ścian naczyniowych. To tętno tętnicze znika w późniejszych okresach stwardnienia i zgrubienia ścian naczyniowych. Autor twierdzi, że zmiany te odnoszą się nietylko do poszczególnych okresów miażdżycy naczyń ocznych, ale wspólne są wszystkim naczyniom krwionośnym w przebiegu miażdżycy ogólnej. Z tego to powodu w początkach sklerozy ciśnienie krwi bywa często nawet obniżone, a podnosi się dopiero później, gdy ściany tętnic staną się twarde i niepodatne. Autor omawia szczegółowo znany obraz sklerozy naczyń siatkówkowych, przyczem zwraca uwagę na fakt, że prawidłowych ścian tętnic na dnie oka przy wziernikowaniu nie widzi się wcale, a to co widać, jest tylko wstążką krwi wśród ścian przeźroczystych i niewidocznych. Jeśli zarysy tych ścian choćby w słabym stopniu staja się widoczne, to świadczy to już o rozwijającej się sprawie chorobowej. Obszernie omawia autor sprawę etyologii miażdżycy, która jednak dotąd nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Według spostrzeżeń Hirschberga badania oftalmoskopijne wykazują więcej niż u połowy osób, które przekroczyły 50 rok życia początki sklerozy naczyń siatkówkowych. Z badań jednak Hertla na oczach wyjętych wynika, że skleroza jest jeszcze o wiele częstsza, bo mikroskopowo daje się wykazać we wielu przypadkach, w których wziernikiem żadnych jeszcze zmian nie można się było dopatrzeć.

Leczenie jaglicy za pomocą radium z zastosowaniem płytek celluloidowych. (The Treatment of Trachoma with Radium. The use of Radium-Coated Celluloid Plates for this Purpose). May — Nowy York.

Zapatrywania co do wartości leczniczej radu w przypadkach jaglicy nie są dotąd ustalone. Nawet w razie korzystnych doświadczeń nie można spodziewać się wielkiego rozpowszechnienia tego środka głównie z powodu jego wysokiej ceny. Autor chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności naświetlań radyowych, zastosował je w 15 przypadkach różnej postaci jaglicy, lecząc zawsze jedno oko naświetleniami, a drugie starym sposobem (lapis, siny kamień). Do

naświetlań używał płytek celluloidowych powleczonych z jednej strony warstewką bromku radu pokrytą nieprzemakalnym werniksem. Płytkę taką wkłada się pod górną, lub pod dolną powiekę, zwracając ją warstwą radyoczynną ku chorej spojówce tak, żeby celluloid osłaniał gałkę oczną przed działaniem promieni. Naświetlenia każdej powieki trwały po 10 minut, a odbywały się co drugi dzień. Czas leczenia wahał się w granicach 6 tygodni do 4 miesięcy. W żadnym wypadku wynik leczenia za pomocą radyum nie był korzystniejszy od wyniku otrzymanego zapomocą klasycznych środków. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że radyum wywiera przebieg korzystny na przebieg jaglicy, ale skutki nie objawiają się ani tak prędko ani tak wybitnie, jak po stosowaniu lapisu, lub sinego kamienia. Przytem zadrażnienie oka, jakie wywołują naświetlania, a może samo tylko wkładanie płytki pod powiekę, bywa bardzo znaczne, co sprawia, że chorzy poddają się temu leczeniu z wielką niechęcią.

Dwa przypadki oderwania siatkówki wyleczone zapomocą sklerektomii. (Two Cases of Retinal Detachment in Myopes! Cured by Simplex Sclerectomy). Bettremieux — Roubaix.

Autor, który jest niestrudzonym propagatorem sklerektomii prostej, rozszerza wskazania do tej operacyi już nawet na przypadki oderwania siatkówki. W dwóch takich przypadkach, gdzie przyszło do oderwania na tle krótkowzroczności postępującej, uzyskał on bezpośrednio po wycięciu powierzchownego paska twardówki poniżej rogówki, szybką i trwałą poprawę. O wartości leczniczej sklerektomii w tym kierunku możnaby mówić dopiero na podstawie większej liczby spostrzeżeń.

Ropne przerzutowe zapalenie oka pochodzenia połogowego. (Metastatic Purulent Ophthalmia). (Report of a Case of Puerperal Origin). F. W. Alter — Ohio.

Nawiązując do spostrzeganego przez siebie przypadku przerzutowego ropnia na tle zakażenia połogowego, zestawia autor literaturę takich spostrzeżeń, zastanawiając się także nad innemi źródłami materyału przerzutowego. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w rzadkich wypadkach przerzutu ropnego do obu gałek ocznych rokowanie jest złe *quoad vitam*. 90% tych przypadków kończy się śmiertelnie. Jednostronne ropne zapalenie prowadzi zazwyczaj tylko do utraty oka. Rzadkie wypadki częściowego zachowania wzroku odnoszą się do przerzutów na tle ogólnych chorób osutkowych, lub zapalenia opon mózgordzeniowych. Najczęściej

znajdywanym w ropie śródgałkowej drobnoustrojem jest *streptococcus.*

Współczulne zapalenie w następstwie operacyi zaćmy. (Sympathetic Irydo-Cyklitis Following Cataract Extraction With Report of a Case). Brav — Filadelfia.

Według zestawienia Parsonsa z literatury okulistycznej opisano dotąd około 100 przypadków zapalenia współczulnego po operacyi zaćmy. Steffan podaje, że na 300 ekstrakcyi w 6 przypadkach, Eversbusch, że na 1420 operacyi w dwóch przypadkach wystąpiło zapalenie sympatyczne na drugiem oku, autor sądzi, że na ogół to smutne powikłanie zdarzać się musi częciej tylko, że operatorowie niechętnie przyznają się do złych wyników i nieszczęśliwych przypadków nie ogłaszają wcale. Do autora zgłosiła się kobieta 60-letnia, operowana przez innego, wytrawnego zresztą okulistę, który we dwa tygodnie po wyjęciu zaćmy wykonał dyscyzyę zaćmy wtórorzędnej. W kilkanaście dni po drugiej operacyi wystapiło zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego na oku operowanem, wielka bolesność rzęskowa i równocześnie objawy zapalenia współczulnego na oku drugiem. Przebieg był bardzo złośliwy. Chora nie przystała na wyjęcie oka operowanego i choroba w krótkim czasie doprowadziła do obustronnej ślepoty. Autor upatruje pewne niebezpieczeństwo w zbyt wczesnem wykonywaniu dyscyzyi po operacyi głównej i sądzi, że pomiędzy jedną a drugą operacyą powinno upłynąć przynajmniej 6 tygodni.

Potrójne zwiększenie odległości badania bystrości wzroku zapomocą zwierciadeł. (Tripling the of Distance of test Cards by Catoptrics). J. N. Rhoads — Filadelfia.

W Ameryce upowszechnia się zwyczaj badania bystrości wzroku zapomocą tablic obliczonych na odległości daleko większe od dotychczasowych. Okuliści tamtejsi wychodzą z tego założenia, że oko tem łatwiej zwalnia akomodacyę, im na dalszy patrzy przedmiot. Dla ścisłego oznaczenia refrakcyi jest to okoliczność istotnie ważna. To też używając tablic obliczonych na 12, 18, a nawet 27 metrów uciekają się teraz do tego, że tablice te zawieszają na murze domów po drugiej stronie ulicy, lub umieszczają je w oknach uprzejmych sąsiadów. Aby zaradzić tym niedogodnościom i pomieścić się we własnem mieszkaniu, posługują się zwierciadłami. Stąd zrodził się pomysł potrójnego zwiększenia odległości badania zapomocą dwóch zwierciadeł, zamiast podwójnego tylko powiększenia uzyskiwanego dziś i u nas często przy pomocy jednego zwierciadła. Pomysł ten może być zastosowany dla zwyczaj-

nych tablic Snellena 6-cio-metrowych i pozwala zużytkować do celów oznaczania refrakcyi, nawet mały pokoik o dwóch metrach szerokości. Badany siedzi pod jedną ścianą, a na przeciwnej, wysoko, wisi zwyczajna tablica Snellena odpowiednio oświetlona. Nad głową badanego umieszczone jest zwierciadło, które wytwarza obraz tej tablicy z odwróconemi literami w odległości dwóch metrów poza ścianą. Obraz ten jest przedmiotem dla drugiego zwierciadła, które wisi wprost naprzeciw i na wysokości głowy badanego pod tablicą Snellena. To zwierciadło wytwarza obraz w odległości 4 metrów poza sobą, a zatem w odległości 6 metrów od osoby badanej, a więc w odległości 3 razy większej niż szerokość pokoju. Obraz liter jest prosty, gdyż drugie zwierciadło odwraca ponownie zwierciadlany obraz z pierwszego zwierciadła. Oświetlenie tablicy pomimo podwójnego odbicia nie ponosi uszczerbku.

Objawy występujące w zastępstwie zeza. (The Alternative to Strabismus). Bradburne — Manchester.

Autor zastanawia się nad przypadkami w których mimo znacznej anizometropii nie ma zeza jawnego. Wiadomo, że w przypadkach, gdzie z jakichkolwiek przyczyn zachodzi brak prawidłowego widzenia obuocznego, występuje, bądźto wyraźne zboczenie w osi widzenia oka gorszego, bądź też znaczny stopień niedowidzenia na tem oku. Częstokroć obydwa te objawy występują równocześnie. W przypadkach jednak, gdzie niema ani zeza, ani niedowidzenia, (*ambliopia ex anopsia*), istnieje prawie bez wyjątku ukryte zboczenie równowagi mięśniowej *(Heterophoria)*. W ten sposób oczy niezdolne do skojarzenia obrazków siatkówkowych usiłują zapobiedz, aby nie padały one na t. zw. odpowiednie miejsca siatkówek. Odnosi się to przedewszystkiem do obu plamek żółtych. Otóż, ponieważ plamki żółte mają postać poziomo jajowatą, przeto łatwiej jest je wyminąć zboczeniem ku górze, lub ku dołowi, aniżeli zboczeniem poziomem. Tą okolicznością stara się autor wytłómaczyć częste istnienie hyperforyi, właśnie w takich przypadkach.

Zmiany oczne wywołane następowo zajęciem gruczołów chłonnych w karku i gardła. (The Pathologigal Conditions of the Eye Secondary to Disease of the Lymphatics of the Neck and Throat). Alexander — San Fracisco.

Oko, jak wiadomo, jest bardzo skłonne do zakażenia wewnętrznego (endogenetycznego). Liczne badania Schweinitza i Lawsona wykazały, że sprawy gnilne w przewodzie pokarmowym stają się bardzo często źródłem przewlekłych spraw zapalnych w oku. Autor wyraża przekonanie, że punktem wyjścia wielu nie-

jasnych co do pochodzenia, a nieraz bardzo przewlekłych i bardzo uporczywych stanów chorobowych oka bywają bądź to gruczoły chłonne szyjne i karkowe, bądź to migdały, które tak często stanowią wrota zakażenia ogólnego. Opisuje on cały szereg własnych spostrzeżeń, w których schorzenia powiek spojówki, rogówki, a nawet przewlekłą *chorioiditis*, *irydocyclitis*, wreszcie *neuritis retrobulbaris* należało odnieść do wyżej wymienionych źródeł. W niektórych przypadkach na dowód, że cierpienie oczne stało w związku z zajęciem migdałków przytacza autor bezpośrednią i szybką poprawę uporczywych objawów po wykonaniu tonsylotomii.

Racyonalny sposób wydobywania odprysków żelaznych z wnętrza oka. (The Rational Method of Removing Fragments of Iron From the Interior of the Eye). Lamb — Cincinnati.

Haab i jego szkoła proponują dla wydobywania ciał obcych żelaznych z głębi oka sadzanie chorego przed nieruchomo ustawionym, olbrzymim elektromagnesem i zbliżenie jego oka do bieguna w ten sposób, ażeby ciało obce przyciągnąć najpierw z głębi aż do tylnej powierzchni soczewki, a następnie przeprowadzić je poza równikiem soczewki, pomiędzy włóknami więzadełka Zinna, a dalej pomiędzy soczewką a brzegiem tęczówki, przez źrenicę do przedniej komory, skąd przez nacięcie rogówki ma być wydobyte na zewnątrz. Autor uważa ten sposób za zupełnie wadliwy. Przedewszystkiem jest rzeczą w chirurgii ocznej zresztą niespotykaną, ażeby przy operacyi poruszać głową chorego, a zostawiać przyrząd w położeniu stałem. Poruszenia głową nie mogą być ani dość zgrabne, ani dość lekkie, jak tego wymaga zabieg tak delikatny. Jeśli odprysk stali jest kończasty, to przyciągnięty z siłą ku soczewce, może zranić tylną torebkę i sprowadzić zaćmę urazową. Następnie może się uwikłać we włóknach więzadełka Zinna, a przy wielkiej sile magnesu poszarpać to więzadełko. Niewłaściwem jest także z rozmysłu przesuwać ciało obce przez wrażliwą i niebezpieczną okolicę ciałka rzęskowego. Za daleko racyonalniejszy sposób uważa autor wydobywanie odprysków zapomocą elektromagnesu ręcznego przez cięcie zrobione w twardówce i przykryte odpowiednim płatem spojówkowym. Najodpowiedniejszem miejscem dla takiego cięcia jest dolnowewnętrzny kwadrant twardówki, jest to bowiem miejsce dla zabiegów operacyjnych najłatwiej przystępne. przestrzeń poza wyrostkami rzęskowymi, a przed rąbkiem zębatym siatkówki dla czynności wzrokowej nie ma żadnego znaczenia, a przy należytem zabezpieczeniu cięcia płatem spojówki gałkowej nie ma obawy o poważniejszą utratę ciała szklistego.

Wiestnik oftałmołogii. R. 1912. Czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień. (Ref. Dr M. Szafnicki).

W sprawie badania ócz u młodzieży uczącej się w średnich zakładach naukowych. Dr. med. N. J. Łobazow.

Autor badał około 2000 uczniów i uczenic w warszawskich gimazyach i przychodzi do tych samych wniosków, co do powstawania krótkowzroczności szkolnej, co i inni badacze.

O stosowaniu kołaczyków w praktyce okulistycznej. A. S. Czemołosow.

Autor jest wielkim zwolennikiem stosowania lekarstw w postaci kołaczyków zamiast w rozczynach wodnych. Uzasadnia to tem, że: 1) dawkowanie jest nadzwyczaj ścisłe: 2) czystość przygotowania; 3) możność długiego przechowywania w niezmienionym stanie; 4) silniejsze działanie lecznicze; 5) możność wyjałowienia przy 120° C.; 6) możność zastosowania natychmiastowego poza domem w nagłych przypadkach.

O samoistnych pęknięciach rogówki z wyrzucającym krwotokiem przy jaskrze zupełnej. D. A. Siwcew.

Autor opisuje trzy przypadki, w których jednak żadną miarą nie można się dopatrzeć samoistnego pęknięcia rogówki. Nawet sam S. przyznaje, że w jednym przypadku nic nie wie dokładnego o pęknięciu, w drugim była stara rogówkowa przetoka, a w trzecim wrzód na oku dotkniętem jaskrą.

W sprawie operacyjnego leczenia jaglicy i niektórych jej powikłań. J. Warszawski.

Autor opisuje szczegółowo operacyę wycięcia załamka według Kuhuta, zmienioną przez Blaskoviesa, i operacyę wycięcia chrząstki, uważając je za najpewniejszy sposób leczenia jaglicy.

O podspojówkowych naczyniakach. F. A. Rzanicyn.

R. opisuje dwa przypadki jaglicy, gdzie spostrzegał na górnych załamkach guzy o charakterze naczyniaków. Opisuje dalej bardzo szczegołowo obraz drobnowidowy; w jednym przypadku był typowy naczyniak, a w drugim, prócz wielkiej ilości nowowytwarzających się naczyń, spostrzegł autor zwyrodnienie skrobiowate tkanki łącznej i dlatego zmianę tę uważa za wczesny okres zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, towarzyszącego nie rzadko jaglicy.

Jaskra i obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. K. Noiszewski.

Podstawą pracy jest teorya autora o ścisłym związku między jaskrą, a ciśnieniem wewnątrzczaszkowym. N. daje szczegółowy opis

wszystkich postaci jaskry, starając się wszędzie znaleźć przystosowanie swego zapatrywania. Obrzęk rogówki przy ostrej jaskrze tłómaczy autor tem, że limfa wnika w tkankę rogówkową wskutek zmienionego biegu (ze spojówki przez rogówkę, ciałko szkliste w otoczkę n. wzrokowego) przy zmniejszonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem. Co do jaskry prostej autor jest zdania, że cierpienie to zostaje zwykle poprzedzonem przez zapalenie tarczy n. wzrokowego (*papillitis)*. Powstaje ono w ten sposób, że wskutek zmienionego odpływu limfy przy zmniejszonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem, tylko część jej ($^1/_{50}$) może odpłynąć z powodu zbyt małego przekroju środkowego kanału n. wzrokowego, przeważna zaś ilość uciska tylko tarcz, powodując początkowo przekrwienie a następnie zapalenie tarczy n. wzrokowego. Ciągły, choć nieznaczny wpływ zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego prowadzi do jaskry prostej, natomiast nagłe zmniejszenie tego ciśnienia prowadzi do napadu ostrej, obrzękowej jaskry. Zdawałoby się, że jaskra następowa zależy jedynie od wzmożonego ucisku zewnątrzgałkowego, autor jednak przeczy temu i na dowód przytacza przypadek, gdzie nowotwór zajmował większą część kanału Schlemma, a pomimo to do jaskry następowej nie przyszło. Dalej podaje N. wyniki jaskry doświadczalnej, badania ócz przy nakłuciu lędźwiowem szczegółową anatomię patalogiczną omawianego cierpienia, a w końcu wszystkie teorye jaskry. W każdej poszczególnej teoryi widzi autor pewne braki, zgadza się ze Schmidt-Rimplerem, że nie jeden lecz kilka czynników przyjmuje udział w wywołaniu jaskry. Jako najważniejszy czynnik, ogólny, mający znaczenie w powstawaniu każdego rodzaju jaskry uważa autor zaburzenie w równowadze ciśnienia wewnątrzgałkowego i wewnątrzczaszkowego.

W sprawie siderosis oka. W. P. Odincow.

Autor badał pod mikroskopem oko skaleczone żelazem. Znalazł takie same zmiany, jak w przypadku Hippla i późniejszych innych autorów.

Trzy przypadki przedziurawienia siatkówki w okolicy plamki żółtej pod wpływem bezpośrednich promieni słonecznych przy oglądaniu zaćmienia słońca gołym okiem i jeden przypadek takiegoż cierpienia pochodzenia urazowego. E. G. Łazariew.

Podczas ostatniego zaćmienia słońca 40 osób w m. Tule uległo zaburzeniu bystrości wzrokowej. Co do nasilenia sprawy chorobowej, autor podzielił odnośne przypadki na 3 rodzaje. W najlepszej formie dno oka nie przedstawiało zmian; bystrość wzroku po kilku dniach wracała do normy a brak środkowy w polu widzenia znikał. Nieco dłużej trwało zaburzenie bystrości

wzroku u kilku chorych, gdzie w plamce żółtej widział autor czerwoną plamkę, a pośrodku niej maleńkie ognisko żółte, lecz i tu sprawa po kilku tygodniach zupełnie ustąpiła. Trzy przypadki nie skończyły się jednak tak pomyślnie. W jednym z nich spostrzegał Ł. w plamce żółtej ognisko różowe wielkości $^1/_3$ tarczy, posypane jak gdyby drobnym pyłkiem żółtawym, siatkówka w otoczeniu zmleczała (V. 0·3—0·4 w polu widzenia ubytek środkowy), dno tego ogniska ułożone poniżej powierzchni siatkówki. Przypadek ten dotyczył chłopca 17-letniego, który patrzał na słońce 5—6 razy, ogółem około 7 minut; początkowo widział zaćmienie dobrze, lecz potem ściemniło się w oku i widział ciągle ciemną plamę. Drugi przypadek zupełnie podobny, a w trzecim ta różnica, że ognisko w plamce żółtej było wielkości $^1/_2$ tarczy. W dwóch ostatnich razach bystrość wzroku była znacznie upośledzona, a we wszystkich trzech leczenie pozostało bez skutku. Prócz tego spostrzegał autor przypadek dotyczący robotnika, który uderzył się kurkiem od strzelby w oko. Wziernikiem stwierdził Ł.: obrzęk siatkówki w okolicy plamki żółtej, poniżej tarczy na wewnątrz w odległości $^1/_4$ wielkości jej ognisko ciemno-czerwone średnicy $^1/_2$ tarczy. Po kilku dniach można było z całą pewnością stwierdzić, że jest to ubytek siatkówki. Czy jest to rzeczywiście ubytek, czy też tylko siatkówka w tych miejscach była cieńsza, tego autor powiedzieć nie może dla braku badań histologicznych odnośnych przypadków.

Przypadek nieubarwionego znamienia w okolicy punktu łzowego (Lymphendothelioma hypertrophicum). E. E. Trapiezonciewoj.

Autor badał pod mikroskopem guzek wycięty z okolicy otworku górnego kanału łzowego u staruszki 60-letniej. Guzek ten, średn. 2·3 mm, pokryty był nabłonkiem wielowarstwowym, a w utkaniu łącznotkankowem rozrzucone były liczne ogniska kuliste, składające się z komórek o dużem jądrze i skąpej pierwoszczy. Komórki takie znajdował autor i pojedyńczo rozmieszczone. Wyżej opisane ogniska komórkowe otoczone były warstwą komórek przypominających śródbłonek. Pomimo bardzo dokładnego badania nigdzie barwika w komórkach ułożonych ogniskami znaleźć nie można było. Autor uważa ten guzek za kilkakrotnie już opisany w literaturze *naevus sine pigmento*. Czy w tym przypadku nie rozwinie się guz złośliwy — mięsak, czy nie, jest to właśnie początkowy okres tworzenia się jego, o tem autor sądzić nie może, gdyż dalsze trzy chore są mu nie znane.

Promienica rogówki. Prof. K. H. Orłow.

Autor spostrzegał dwa przypadki promienicy rogówki. W obu

znalazł jeden i ten sam grzyb, który nazwał *actinomyces purpures*, a to dlatego, że hodowle tego grzyba otoczone były purpurowym rąbkiem. Obraz kliniczny w obu przypadkach różnił się, gdyż w jednym — na rogówce oka mało podrażnionego było ognisko białe, dość ostro ograniczone, wystające ponad powierzchnię rogówki, a w drugim spostrzegał autor ubytek dość głęboki (który później pozostawił po sobie ścisłe bielmo), a spód charakterystycznie czerwony, lecz nie od naczyń, a od barwika wytworzonego przez grzybek. Przeszczepiony na rogówkę zwierzęcą, grzybek ten miał bardzo słabe własności chorobotwórcze.

Przypadek zwyrodnienia szklistego gruczołu łzowego z wytworzeniem się w nim torbieli. E. I. Sołowjewa-Zakrzewskaja.

Autorka badała pod mikroskopem spojówkę chorego na jaglicę i stwierdziła w niej zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej. W tym samym przypadku miała S. możność badać podobne zmiany w części powiekowej gruczołu łzowego. Tu prócz zwyrodnienia szklistego w różnych okresach jego rozwoju spostrzegała autorka kilka torbieli większych i mniejszych, wysłanych jedno i dwuwarstwowym nabłonkiem. Przy dokładnem badaniu udało się S. stwierdzić, że torbiele te powstały wskutek zaciągnięcia przewodów gruczołu łzowego przez zmiany zachodzące w otaczającej je tkance łącznej, a następnie nagromadzony płyn spowodował rozszerzenie zamkniętego przewodu i powstanie torbieli, wskutek tego wyścielający te torbiele nabłonek w wielu miejscach został spłaszczony, a nawet zupełnie złuszczony.

Przypadek mięsaka barwikowego spojówki gałki, operowanego z zachowaniem oka. S. Korzenjanc.

Przypadek dotyczył mężczyzny 40-letniego. Guz, który, jak pokazało późniejsze badanie drobnowidowe, był mięsakiem barwikowym, pokrywał wewnętrzno-górną część spojówki gałki, zachodząc na rogówkę prawie do źrenicy. Długość jego wynosiła 2 cm, szerokość 1 cm i wysokość nieco mniej 1 cm.

Guz ten wraz ze spojówką był przesuwalny, barwy ciemnoczerwonej, lekko krwawiący. V: 0 2. Autor radził choremu wyjęcie oka, lecz ten nie zgodził się. Przystąpiono do usunięcia guza w miejscowem znieczuleniu z pozostawieniem gałki.

Mięsak dał się bardzo łatwo usunąć i tylko z rąbkiem był dość silnie zrośnięty. Pozostał znaczny ubytek spojówki, ktorego autor jednak nie zaszył, by nie zmienić ustawienia gałki. Po miesiącu V: 0,3, na rog. nie ma żadnych zmian, a spojówka w miejscu guza przekrwiona i obrzękła. Opadnięcie powieki, które było poprzednio znacznie słabsze.

Przypadek bezpośredniego i wyłącznego zranienia nerwu wzrokowego. A. W. Głagolew.

Żołnierz został przypadkiem skaleczony bagnetem w oko prawe i nagle przestał okiem widzieć. Do autora zgłosił się na 3 dzień po wypadku. Powieka górna była krwią podbiegnięta, spojówka gałki lekko przekrwiona, dołem zewnętrz na spojówce ranka 10 mm długości, zresztą zewnętrznie żadnych zmian. Źr. na światło nie oddziałuje, lecz przy oświeceniu drugiej zwęża się, jak również i przy konwergencyi. Ruchy gałki nieco bolesne. T. (n). Dno prawidłowe. V: 0. Po 17 dniach spostrzegał autor wyraźny zanik nerwu wzrokowego, lecz naczynia były zupełnie prawidłowe. G. jest zdania, że w tym przypadku nastąpiło jedynie i wyłącznie skaleczenie n. wzrokowego przed lub w *canalis opticus*.

W kwestyi różnicy stanowiska i znaczenia okulistyki i otiatrii w rosyjskim wojskowo-sanitarnym zarządzie. Dr N. D. Struciński.

Artykuł polemiczny, jedynie miejscowego charakteru, bez znaczenia ogólnego.

Z powodu artykułu Dr Warszawskiego: „W kwestyi operacyjnego leczenia jaglicy i niektórych jej powikłań. Prof. S. W. Łobanow.

Autor zwraca uwagę Dr Warszawskiemu na pracę Dr P. T. Czystiakowa »O chirurgicznem leczeniu jaglicy«, która wyszła z jego kliniki, a o którrej Dr W. nie wspomina. Jest on również tego zdania, że operacyjne sposoby leczenia jaglicy dają znakomite wyniki szczególnie w ciężkich zaniedbanych postaciach, lecz niestety ten sposób leczenia za mało ma zastosowania w Rosyi.

III. ROZMAITOŚCI.

Przesunięcie żółtej plamki ku górze. Dr Adam przedstawił w berlińskiem Tow. okulistycznem w lipcu r. b. chorego, mającego zez roz- i górno-bieżny oka, które i po zamknięciu drugiego, kierunku swego nie zmieniało, posiadając przytem pełną bystrość wzrokową, z czego A. wnosi, że to oko, pozornie zezując, nastawiało oko swą żółtą plamką na przedmiot, że więc w stosunku do drugiego oka *macula lutea* była przesuniętą.

Dr Isakowitz na temże posiedzeniu przedstawił 16-letniego młodzieńca, który swą złożoną niezborność prawego oka, wynoszącą 6 D. przez ucisk na gałkę tak dalece zrównoważał, iż bystrość wzrokowa podnosiła się z $^6/_{60}$ do blizko $^6/_6$.

Zjazd II. neurologów, psychiatrów i psychologów polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 20-go, 21-go, 22-go i 23-go grudnia z bardzo obfitym programem, który i dla okulisty dużo zapowiada ciekawych tematów.

Adres Komitetu: Kraków, ul. Kopernika l. 46.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Pes, nadzw. prof' w Caglarii. mian. nadzw. prof. w Modenie.

Doc. pryw. Dr Wład Blaskovics w Budapeszcie otrzymał tytuł prof. nadzw.

Prof. nadzw. Wessely w Wyrcburgu prowadzi zastępczo klinikę okul. po odejściu prof. Hessa do Monachium.

Dr W. T. Shoemaker mian. pomocniczym prof. okulistyki przy »Womans Medical College of Pensylvania«.

Habilitowali się w Rzymie: Ddr M. Pansini i E. Bartolotta.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Henryk Dor, jeden z najsympatyczniejszych kolegów zmarł niedawno; jeszcze przed kilku miesiącami uczniowie i przyjaciele jego obchodzili w Lyonie uroczyście, ustanawiając śliczny medal pamiątkowy, 77 rocznicę jego urodzenia. Na ostatnim zjeździe okulistów francuskich w Paryżu, jak corocznie czynny brał udział.

W r. 1857 odbywa promocyą na doktora medycyny w Wyrcburgu. W r. 1865 powołany do szwajcarskiego Berna na prof. okulistyki; przenosi się następnie do Lyonu, gdzie obejmuje katedrę prof. Gayeta.

W Lyonie za jego inicyatywą i współredakcyą zaczyna w roku 1882 wychodzić Revue générale d'Ophthalmologie.

Odznaczony wielu orderami i tytułami, pozostał zawsze skromnym, żył dla nauki i dla sztuk pięknych, których studyom oddawał się z zapałem do dni ostatnich.

Dor był gorliwym esperantystą, a prezesem Towarzystwa esperantów francuskich.

Prof. Monoyer, znany ze zaprowadzenia dyoptryi i systemu decymalnego do nauki okulistycznej, zmarł również w Lyonie w 76 roku życia.